

FORMULARZ OFERTOWY 10
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza –

**Oddział Okulistycznym dla Dzieci z Pododdziałem Zachowawczego Leczenia Zeza I Niedowidzenia
Dzieci, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 17.11.2022r.

1. Dane identyfikacyjne Oferenta:

| | |
|---|--|
| Nazwa, siedziba oferenta | |
| Nazwisko i Imię | |
| Numer Prawa Wykonywania Zawodu | |
| Nr telefonu kontaktowego | |
| Nazwa banku i nr konta | |
| NIP | |
| REGON | |
| Specjalizacja | |
| Imiona rodziców, nazwisko rodowe i data urodzenia Oferenta ¹ | |
| Adres e-mail | |

2. Określenie rodzaju i zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

1. **Zakres świadczeń:** świadczenie usług zdrowotnych w

Oddziale: _____

(proszę wpisać oddział i dany szpital)

Obszar konsultacyjny: _____

¹

Dane niezbędne do sprawdzenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przepływstw na Tle Seksualnym

FORMULARZ OFERTOWY 10
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Oddział Okulistycznym dla Dzieci z Pododdziałem Zachowawczego Leczenia Zeza I Niedowidzenia Dzieci, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku

3. Opis kompetencji (oceniane)

| KRYTERIUM | WAGA | | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
|---|------|-----|---|
| 1. KWALIFIKACJE ZAWODOWE Oferent posiada | | | |
| 1.1 STOPIEŃ SPECJALIZACJI | | | |
| Specjalista | 3 | pkt | |
| II ^o specjalizacji | 3 | pkt | |
| I ^o specjalizacji | 2 | pkt | |
| W trakcie specjalizacji | 2 | pkt | |
| 1.2 Dodatkowe kwalifikacje (potwierdzone certyfikatami odpowiednich instytucji) | | | |
| Ultrasonografia | 1 | pkt | |
| Endoskopia | 1 | pkt | |
| Inne, (Jakie: _____) | 1 | pkt | |
| KRYTERIUM | WAGA | | Właściwe zaznaczyć krzyżykiem |
| 2. DOTYCHCZASOWE, NIENAGANNE ŚWIADCZENIE PRACY LUB USŁUG NA RZECZ PCT, SZPITALA ŚW. WOJCIECHA, WCO LUB COPERNICUS PL SP. Z O.O. POTWIERDZONE OPINIĄ* | | | |
| Brak | | pkt | |
| do 2 lat | 1 | pkt | |
| od 2 do 4 lat | 2 | pkt | |
| powyżej 4 lat | 3 | pkt | |
| KRYTERIUM | WAGA | | Proszę przy odpowiednim przedziale wpisać deklarowaną liczbę godzin |
| 3. GOTOWOŚĆ DO PEŁNIENIA DYŻURÓW/ŚWIADCZENIA USŁUG POZA USTALONYM GRAFIKIEM W SYTUACJACH LOSOWYCH, WEDŁUG ZAPOTRZEBOWANIA ZAMAWIAJĄCEGO | | | |
| TAK | 1 | pkt | |
| NIE | | pkt | |
| KRYTERIUM | WAGA | | |
| 4. KRYTERIUM CENY | | | |
| Maksymalna ilość punktów* | 3 | pkt | |

OBJAŚNIENIA dot. tabeli z pkt. 3 formularza

AD. CZ. 1 -

Punkty uzyskane w części 1 (kwalifikacje zawodowe) sumują się

AD. CZ. 2 -

*Warunek obligatoryjny - warunkiem naliczenia punktów jest uzyskanie pozytywnej opinii:

- w przypadku Kierownika/zastępcy Kierownika oddziału – wymagana jest pozytywna opinia Dyrektora Medycznego
- w przypadku lekarzy wcześniej współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest pozytywna opinia Kierownika oddziału, na który składa ofertę
- w przypadku lekarzy wcześniej nie współpracujących z COPERNICUS PL Sp. z o.o. – wymagana jest rekomendacja Kierownika oddziału, na który składa ofertę lub opinia Kierownika oddziału z dotychczasowego miejsca pracy

FORMULARZ OFERTOWY 10
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

Oddział Okulistycznym dla Dzieci z Pododdziałem Zachowawczego Leczenia Zeza I Niedowidzenia Dzieci, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku

AD. CZ. 4 -

Punkty za kryterium wyliczone zostaną zgodnie z załączonym poniżej wzorem:

$$Wc = Cmin / Co \times W$$

Wc - liczba punktów przyznanych za cenę

Cmin - cena minimalna (najniższa wartość **Co** spośród wszystkich złożonych)

Co - cena oferowana

W - waga kryterium

*maksymalna ilość punktów jaką może otrzymać oferent po zapoznaniu się Komisji Konkursowej ze wszystkimi ofertami w danym zakresie zadań i wyłonieniu ceny minimalnej za dane świadczenie

4. Oferta cenowa:

| Zadanie | Miara | Cena 1 godziny | Liczba godzin miesięcznie |
|--------------------|---------|----------------|---------------------------|
| Dyżury na oddziale | Godzina | | |

5. Inne informacje mogące mieć znaczenie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

6. Oświadczenie Oferenta zgodne ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Formularza Ofertowego

7. Do Formularza Ofertowego należy dołączyć:

1. kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje: prawo wykonywania zawodu bez ograniczeń, dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje),
2. kopie dokumentów rejestracyjnych: wypisu z właściwego rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej – na podstawie art. 18 lub 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
3. kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, lub oświadczenie, że oferent wykupi taką polisę i dostarczy ją najpóźniej w dniu podpisania umowy,
4. kopię zaświadczenia o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych wydane przez lekarza medycyny pracy,
5. oryginał pełnomocnictwa w przypadku w którym mowa w § 6 *Regulaminu przeprowadzania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy*
6. zaświadczenie o odbyciu kursu ochrony radiologicznej (dot. specjalistów Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu)

.....
Podpis Oferenta

FORMULARZ OFERTOWY 10
POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.
- usługi lekarza -

**Oddział Okulistycznym dla Dzieci z Pododdziałem Zachowawczego Leczenia Zeza I Niedowidzenia
Dzieci, Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku**

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego

Dane Oferenta:

Nazwa: _____

adres: _____

nr telefonu: _____

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jako oferent:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych przez Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o.,
2. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą, w tym Prawo Wykonywania Zawodu bez ograniczeń oraz uprawnienia i znajomość przepisów związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy oraz wypisywaniem recept
3. Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w dniu podpisania umowy*;
4. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
5. Nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie,
6. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym,
7. Zgłosiłem /łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.
8. Wyrażam zgodę na pracę w systemie dyżurowym (w dni powszednie w godzinach od 14:35 do 07:00 dnia następnego oraz w dni świąteczne w godzinach od 07:00 do 07:00 dnia następnego)
9. Wyrażam zgodę na pracę w Poradniach Przychodni Przychodni Przychodni
10. Oświadczam, że w momencie podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne zobowiązuję się dostarczyć zgodę kierownika specjalizacji na samodzielne pełnienie dyżurów – dotyczy lekarzy w trakcie specjalizacji
11. Oświadczam, że nie byłem/-am karany/-a za przewinienia/przestępstwa umyślne
12. W COPERNICUS PL sp. z o.o. w Gdańsku świadczę pracę/nie świadczę pracy*) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę w COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z COPERNICUS PL Sp. z o.o. umowy za porozumieniem stron.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis)

*niepotrzebne skreślić